

## ВОССТАНОВЛЕНИЕ ДЕФЕКТОВ ЛОБНОЙ КОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЫШЕЧНЫХ ЛОСКУТОВ НА ПИТАЮЩЕЙ НОЖКЕ И ХРЯЩЕВЫХ АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ

Кафедра ЛОР-болезней (зав.—проф. В. А. Быстренин),  
кафедра хирургической стоматологии (зав.—проф. А. С. Артюшкевич) Белорусского института  
усовершенствования врачей

Авторы приводят описание оперативных методов замещения дефектов лобной кости после удаления опухолей, фронтотомии по Риделю. При дефектах малых и средних размеров наиболее целесообразно использовать мышечные лоскуты на питающей ножке. При больших дефектах показаны хрящевые реберные аутоотрансплантаты.

Замещение дефектов лобной кости можно проводить одноэтапно, после удаления доброкачественных опухолей и в 2 этапа после фронтотомии.

Все классические способы операции фронтотомии, выполняемой наружным подходом (способ Киллиана, Белоголова), предусматривают освобождение лобной пазухи от патологических элементов (полипы, грануляции, кариозная кость), сохранение самой лобной пазухи и расширение естественного лобно-носового соустья. Далеко не всегда такого рода операции оказываются успешными. По данным Schinck [2] (1975), в 25% случаев после произведенной операции наступает рецидив фронтита. Причиной этого является, главным образом, разрастание рубцовой ткани, что ведет к сужению, заращению лобно-носового соустья или разграничению пазухи на несколько плохо дренируемых карманов. В подобных случаях повторные операции с иссечением рубцов, как правило, не приводят к успеху. После иссечения рубцов они разрастаются вновь.

В 1898 г. Ридель предложил операцию [2], направленную на ликвидацию лобной пазухи. Для этой цели полностью удаляют переднюю и нижнюю костные стенки пазухи, выскабливают слизистую оболочку задней стенки. Мягкие ткани лба прижимают к задней стенке пазухи, которые и прирастают к ней. Операция Риделя, обеспечивающая полный и стойкий saniрующий эффект, имеет, однако, один очень существенный не-

достаток. После этой операции остается косметический дефект—западание в области лба. Названный недостаток является основной причиной непопулярности этой операции. По сути дела, операция Риделя оказалась забытой. В периодической литературе (советской и СНГ) мы встретили лишь одно сообщение об этой операции (Вайшенкер, 1975) [1].

По-видимому, единственной клиникой СНГ, где операция Риделя используется широко, является ЛОР-клиника Белорусского института усовершенствования врачей. За 20 лет в клинике выполнено 70 таких операций (главным образом, при рецидивирующих послеоперационных фронтитах). Лишь в 3 случаях результат операции оказался неудовлетворительным—в области операционного рубца образовался свищ, что потребовало дополнительного хирургического вмешательства, которое состояло в иссечении свищевого хода. После этого воспалительный процесс прекратился полностью.

С 1992 г. мы стали разрабатывать операцию по исправлению косметического дефекта, являющегося следствием операции Риделя. В настоящей статье мы сообщаем о результатах использования трех способов замещения косметических дефектов лобной кости.

*Способ 1.* Суть данной методики состоит в том, что для ликвидации дефекта лобной кости используется лоскут на питающей ножке, включающей лобную мышцу с апоневрозом, взятую с одной стороны. Этот способ показан для ликвидации небольших дефек-

тов области лба. При удалении доброкачественных опухолей лобной пазухи, не сопровождающихся воспалительными процессами, ликвидация образовавшегося дефекта производится одновременно с основной операцией.

При гнойных фронтитах ликвидация дефекта производится после прекращения воспалительных явлений в ране.

*Способ 2.* Операция является модификацией ранее описанной методики. Она используется для ликвидации дефектов лобной пазухи средних размеров и предусматривает формирование двух симметричных лоскутов, включающих фронтальную мышцу с апоневрозом с левой и правой стороны (фото 1).

*Способ 3.* Данная методика заключается в том, что для ликвидации больших дефектов лобной кости используется хрящевой аутоотрансплантат, взятый из 6 или 7 ребра (фото 2). До операции больному делают гипсовый слепок и маску лица, по которой изготавливают восковой шаблон недостающей части лобной кости. После взятия реберного хряща из него моделируют трансплантат нужной формы и помещают поднадкостнично в область дефекта. Для лучшей фиксации в области переносицы под надкостницей делают карман, куда помещают край трансплантата. В верхнем и бо-

ковом отделах трансплантат фиксируется швами из кетгута.

Таким образом, клинические примеры свидетельствуют о высокой эффективности предложенных оперативных способов устранения дефектов лобной кости. При этом малые и средние дефекты наиболее рационально замещать лоскутами на питающей ножке, включающими лобную мышцу. При дефектах больших размеров оптимальным является использование хрящевых реберных аутоотрансплантатов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Вайншкенкер П. Г. К диагностике и лечению посттравматических рецидивирующих фронтитов // Вестник отоларингологии. 1975. № 1. С. 45—49.
2. Valiri J. L. Soot Brown Otolaryngology. London, 1987. Vol. 4. P. 180—200.

Поступила 19.02.96 г.

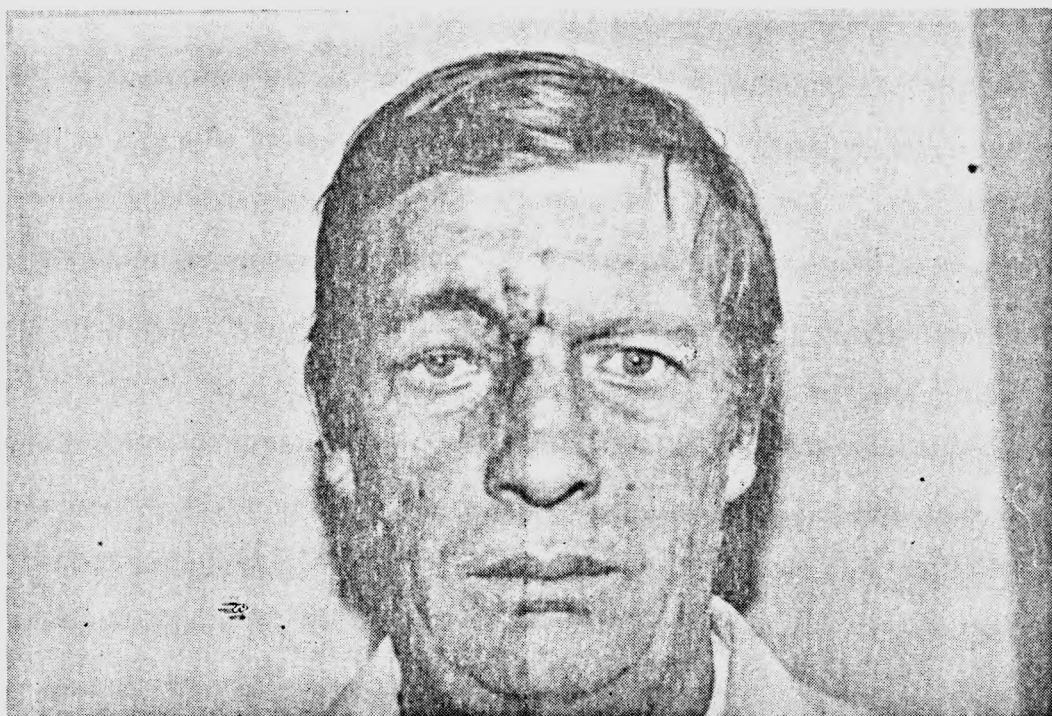
#### FRONTAL BONE DEFECT RECONSTRUCTION WITH GAUNTLET MUSCULAR AND COSTAL CARTILAGE AUTOGRAFT USE

*II. Nimer. A. S. Artushkevich*

The surgical techniques of frontal bone defect reconstruction after tumor removal and frontotomy by Ridel are described. Gauntlet muscular grafts use is desirable in case of small and middle size of defect. Costal cartilage autografts are advisable for large bone defect reconstruction. One-stage reconstruction is recommended after benign tumor removal and two-stage reconstruction—after frontotomy by Ridel.



а) Лицо больного до выполненной косметической операции



б) Лицо больного после выполненной косметической операции



а) Лицо больного до выполненной косметической операции



б) Лицо больного после выполненной косметической операции